

Recurrencia de úlceras plantares en el metatarso

Sirvent González, M; Riera Hernández, C; Arguedas Amalia; Montano Maribel; Reynaga Sosa, E;
Alonso Pedrol, N; Viadé Julià, J.

Equipo multidisciplinar de pie diabético. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona
(Barcelona)

Motivo de consulta

Paciente varón de 76 años que acude a la Unidad del Pie Diabético (UPD) por úlcera en el pie izquierdo, tras amputación del primer dedo realizada hace 3 meses en su hospital de referencia y que, a pesar de las múltiples curas y antibióticos orales, no consigue curar.

Antecedentes

-HTA y DLP en tratamiento médico
-Síndrome depresivo en tratamiento médico
-DM2 de 12 años de evolución en tratamiento con insulina (Lantus 0-0-16, Humalog 4-4-4), en seguimiento por Endocrinología de su hospital de referencia. Última HbA₁C de 8.6%.

Complicaciones microvasculares:

- Retinopatía diabética con desprendimiento de retina que ha requerido de 4 intervenciones quirúrgicas.
- Nefropatía diabética con macroalbuminuria de 756 mg/g.
- Polineuropatía diabética

Complicaciones macrovasculares:

- Arteriopatía periférica

Exploración física

BEG. NH y NC. Consciente y orientado.

EII: sin edemas ni signos de TVP. Ausencia total de las sensibilidades (algésica, barestésica y palestésica). Pulsos distales presentes.

Proceso actual

Úlcera tórpida en el lecho de amputación del 1^{er} dedo del pie izquierdo de 1 cm de diámetro con bordes irregulares y exudación sero-sanguinolenta (Fig. 1). Test de contacto óseo positivo.



Fig. 1

Exploraciones complementarias

Radiografía simple (dorsoplantar y oblicua interna del 1^{er} metatarsiano): objetivándose una imagen compatible con osteomielitis (Fig. 2 y 2a).



Fig.2



Fig.2a

Analítica sanguínea: 12.2×10^9 leucocitos (NS 76%, L 11%, NB 1%), Hb 9.7g/dL, 323×10^9 plaquetas, glucosa 89 mg/dL, creatinina 1.07mg/dL, Na 141 mmol/L, K 4.1mmol/L, PCR 21.9mg/L.

Evolución clínica

Se decide realizar reamputación del 1^{er} dedo del pie izquierdo (Figs. 3) para eliminar el foco de osteomielitis. Remitimos la pieza quirúrgica para cultivo microbiológico.

Se indicaron curas con Polihexanida cada 24/48 horas y vendaje semicompresivo con guata sintética y venda de crepe. De forma empírica se pautó tratamiento antibiótico con Levofloxacino 750mg/24h + Clindamicina 300mg/8 horas.



Figs. 3

Resultado del cultivo: Pseudomona aeruginosa (Gentamicina R, Ciprofloxacino R, Tobramicina R, Ceftazidima S, Amikacina S, Piper-tazobactam S).

Se cambió el tratamiento antibiótico oral por piperacilina/tazobactam 4 gr cada 8 h durante 4 semanas por vía endovenosa con el soporte de nuestra Unidad de Hospitalización Domiciliaria.

Al cabo de 10 días, se observó una úlcera a nivel de la cara lateral de la cabeza del 5º metatarsiano con contacto óseo, diagnosticándose de osteomielitis en el 5º MTT (Fig. 4).



Fig. 4

De forma inmediata y bajo anestesia local, realizamos resección de la cabeza del 5º metatarsiano y parte de la diáfisis afecta (Fig. 5). No se realizaron cultivos debido a que el paciente estaba bajo tratamiento antibiótico.



Fig. 5

Al cabo de dos meses todas las lesiones estaban cicatrizadas. Ante la posible transferencia de presión hacia los radios medios, nos planteamos varias opciones para reducir la presión plantar:

1- Realizar un soporte plantar para distribuir la presión en el antepié más una tenotomía parcial del tendón de Aquiles.

2- Practicar una osteotomía oblicua subcapital de la 2ª, 3ª y 4ª cabeza metatarsal.

Desafortunadamente, ninguna de las opciones fue posible porque el paciente realizó una caminata importante, provocando la aparición de una úlcera plantar sobre la cabeza del 3º metatarsiano (Fig. 6), con supuración, dolor y contacto óseo positivo.



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 7a

Realizamos radiografías (dorsoplantar y oblicua interna) (Fig. 7 y 7a) observándose la fractura de la cabeza del 2º metatarsiano, signos de osteomielitis en la 3ª cabeza metatarsal y la probable fractura de la cabeza del 4º metatarsiano, todo ello a causa de la sobrecarga provocada por la transferencia de presión tras eliminar las cabezas 1ª y 5ª.

Ante esta nueva situación se decidió realizar, también bajo anestesia local y mediante una pequeña incisión dorsal (Fig. 8), la resección de las tres cabezas afectadas (2ª, 3ª y 4ª).



Fig. 8

Se remitieron las muestras para cultivo microbiológico. En el mismo acto quirúrgico se realizó la tenotomía parcial del tendón de Aquiles para disminuir la presión en el antepié.

El resultado del cultivo fue *Pseudomonas aeruginosa* sensible a Piperacilina-tazobactam, por lo que el paciente ingresó de nuevo en formato de Hospitalización Domiciliaria durante la duración del tratamiento endovenoso (cuatro semanas), en coordinación con la UPD para el control de las heridas.

Una vez superada la fase aguda (10 días) se indicó una bota dinámica durante 12 semanas para deambular. Se realizaron radiografías dorsoplantar y oblicua interna al cabo de 2 semanas post intervención (Figs. 9 y 9a).



Fig. 9



Fig. 9a

Las heridas lograron cicatrizar completamente en 5 semanas. Al cabo de 6 meses de la última intervención y estando completamente curado, se realizaron unos soportes plantares de descarga para evitar la recidiva. Al cabo de un año, no presenta ningún tipo de úlcera ni zona con sobrecarga (Fig. 10, 10a y 10b). Para caminar utiliza los soportes plantares y zapatos deportivos.



Fig. 10



Fig. 10a

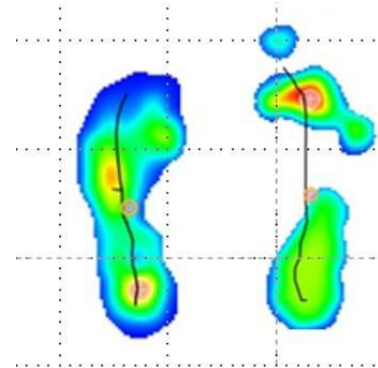


Fig. 10b